

DES KYSTES DE L'OVAIRE

ET DU

PARA-OVAIRE

INCLUS DANS LES LIGAMENTS LARGES

THESE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 17 Mai 1919

PAR

Pierre MARTIN

Né à Uzès (Gard), le 18 mai 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	TÉDENAT, professeur, <i>Président.</i>	{	<i>Assesseurs.</i>
		VALLOIS, professeur.		
		DE ROUVILLE, prof. - adj.		
		DESMONTS, chargé de cours.		



MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

3, Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1919

DES KYSTES DE L'OVAIRE
ET DU PARA-OVAIRE

INCLUS DANS LES LIGAMENTS LARGES



Digitized by the Internet Archive
in 2026

DES KYSTES DE L'OVAIRE

ET DU

PARA-OVAIRE

INCLUS DANS LES LIGAMENTS LARGES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 17 Mai 1919

PAR

Pierre MARTIN

Né à Uzès (Gard), le 18 mai 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	TÉDENAT, professeur, <i>Président.</i>	{	<i>Assesseurs.</i>
		VALLOIS, professeur.		
		DE ROUVILLE, prof. - adj.		
		DESMONTS, chargé de cours.		



MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

3, Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1919



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (*).	DOYEN.
SARDA.	ASSESSUR.
IZARD.	SECRÉTAIRE.

Professeurs

Clinique chirurgicale.....	MM. TEDENAT (O *).
Clinique médicale.....	CARRIEU (*).
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (*).
Physique médicale.....	IMBERT (*).
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (O *).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (O *).
Physiologie.....	HEDON (*).
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP (*).
Anatomie.....	GILIS (*).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA (*).
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL (*).
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H).
Clinique médicale.....	RAUZIER (*).
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale.....	VIRES (*).
Anatomie pathologique.....	MASSABUAU (⊕).
Chimie médicale.....	DERRIEN.
Microbiologie.....	N. . .

Professeurs adjoints : MM. DR ROUVILLE, MOURET

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeur honoraire : M. E. BERTIN-SANS (*).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique.....	MM. DR ROUVILLE, prof.-adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, profes.-adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées...	VEDEL, agr. l. (ch. de c.)
Clinique des maladies des voies urinaires...	JEANBRAU (O * ⊕) a. l. (ch. de c.)
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN * ⊕, a. l. (c. c.)
Pathologie externe.....	RICHE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	EUZIERE, agrégé.
Accouchements.....	P. DELMAS, agrégé.
Matière médicale.....	DESMONTS. (ch. de c.)
Microbiologie.....	CABANNES, agrégé.
Stomatologie.....	LISBONNE, agrégé, (ch. de c.).
	WATON (⊕) docteur.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. ROGER.
GRYNFELT (*).	P. DELMAS.	ETIENNE.
LEENHARDT.	EUZIERE.	LISBONNE.
GAUSSEL (* ⊕).	J. DELMAS (⊕).	PECH (ch. d'agrég.).
RICHE.	RIMBAUD.	

Examineurs de la thèse :

MM. TÊDENAT, professeur, président.	MM. DR ROUVILLE, prof. adj.
VALLOIS, professeur.	DESMONTS, chargé de cours.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

En témoignage de ma profonde affection.

A MON FRÈRE

A MON ONCLE, MONSIEUR JOSEPH BROÉ

P. MARTIN.

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

P. MARTIN.

AVANT-PROPOS

Avant de commencer l'exposition de notre travail, nous nous ferons un devoir de remercier tous ceux qui nous ont prodigué leurs encouragements et qui, pendant la durée de nos études médicales, nous ont guidé avec tant de science, tant de dévouement et de bonne volonté.

Nos premiers sentiments de gratitude iront vers Monsieur le professeur Tédénat. Il nous a fait bénéficier de son haut enseignement et nous ne pourrons jamais assez prouver notre attachement à ce maître éminent, qui, soit dans son service chirurgical à l'Hôpital Suburbain, soit dans celui de l'Hôpital auxiliaire n° 10, n'a cessé de nous prodiguer des marques de sa bienveillance. Aussi, au moment de terminer nos études, nous sommes-nous, encore une fois, permis de faire appel à son amabilité et l'avons-nous prié de bien vouloir nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

Ayant observé, dans son service, deux cas de kystes inclus dans les ligaments larges et ayant eu la bonne fortune d'assister à leur opération, nous avons pu obtenir de notre excellent maître l'autorisation d'en publier les observations et de pouvoir ainsi présenter, sur cette question, une étude d'ensemble aussi documentée que pourront le permettre notre bonne volonté et notre modeste compétence.

Nous adressons toute notre reconnaissance à Monsieur le professeur Granel, qui, pendant toute la durée de nos études, ne nous a ménagé ni les conseils, ni les encouragements.

Qu'il en soit de même pour Messieurs les professeurs Rauzier et Carrieu, en souvenir de l'accueil toujours aimable qu'ils nous réservèrent dans leur service à l'Hôpital Suburbain.

Nous prions Monsieur le professeur Massabuau d'accepter tous nos remerciements pour les conseils qu'il a bien voulu nous donner dans l'élaboration de notre travail et pour les nombreuses marques de sympathie dont il n'a cessé de nous entourer.

Nous n'oublierons jamais les magistrales leçons de Messieurs Ducamp, Estor, Baumel, Vires, Vallois, de Rouville, Gaussel, Bosc, Sarda et Desmonts, qui, soit à l'hôpital, soit à la Faculté, contribuèrent à nous faire aimer tout ce qui a rapport à la science médicale.

Le peu de temps passé aux côtés de Monsieur le professeur agrégé Leenhardt, pendant notre internat à la Clinique des maladies des enfants, à l'Hôpital Suburbain de Montpellier, nous a permis de suivre, avec profit, quelques leçons cliniques de ce jeune professeur et d'apprécier la haute valeur de son enseignement.

C'est avec le plus grand plaisir que nous nous remémorons les quelques mois passés, à Perpignan, dans le service de Monsieur le docteur Massot qui ne cessa, un seul instant, de nous témoigner sa très bienveillante sympathie.

Mais il est quelqu'un, envers qui nous éprouvons une insurmontable difficulté en essayant de traduire des sentiments qui nous remuent profondément. Il s'agit de notre premier guide dans la carrière médicale, Monsieur le docteur Gilis, de Nîmes, chirurgien consciencieux, qui, pen-

dant notre internat à l'Hôpital Ruffi, de Nîmes, fit preuve, à notre égard, d'une bonté toute paternelle. Qu'il reçoive ici nos plus sincères remerciements et l'assurance de notre entier dévouement.

Et, maintenant, c'est vers vous, mon père, que vont toutes mes pensées reconnaissantes. C'est vous qui m'avez fait ce que je suis. C'est par vos conseils que j'ai pu surmonter toutes les difficultés qui, à chaque instant, se dressaient sur mon chemin. C'est vous qui m'avez soutenu dans les heures de découragement.

Trop heureux si, pour vous remercier de tout ce dont vous m'avez comblé, je parviens, dans la carrière que j'embrasse, à égaler les vertus dont vous m'avez constamment donné l'exemple.

Nous diviserons notre étude en huit chapitres :

Dans le premier, nous présenterons l'*historique* de la question.

Dans le deuxième, nous définirons ce que l'on entend par « *inclusion dans les ligaments larges* » et nous étudierons l'*anatomopathologie des différentes variétés de kystes inclus*.

Dans le troisième, nous aborderons la *symptomatologie* et insisterons sur les différents signes qui nous permettent d'établir un diagnostic.

Le quatrième chapitre sera consacré à l'*examen de quelques affections pouvant entraver notre diagnostic*.

Le cinquième chapitre nous mettra en garde contre l'habitude d'un pronostic trop peu sévère, en nous faisant entrevoir les *principales complications* pouvant, à chaque instant, compromettre l'avenir de notre malade.

Puis viendra un chapitre relatif au *pronostic*.

Enfin, le traitement pourrait donner lieu à d'interminables descriptions. Nous nous contenterons de signaler et d'examiner trois méthodes différentes : la *ponction*, l'*énucléation* et l'*hystérectomie*.

Suivent les conclusions dans un dernier chapitre.

DES

KYSTES DE L'OVAIRE

ET DU PARA-OVAIRE

INCLUS DANS LES LIGAMENTS LARGES

HISTORIQUE

Depuis le siècle dernier, l'inclusion kystique dans les ligaments larges a été l'objet de nombreuses études en France et, plus particulièrement, à l'étranger. Par de nombreux travaux et par des discussions pleines d'intérêt dans les différentes sociétés chirurgicales et gynécologiques, nos maîtres les plus distingués se sont efforcés de faire jaillir la lumière autour d'un sujet qui, pendant fort longtemps, resta dans l'obscurité la plus complète.

Malheureusement, cette question, considérée à juste raison par Terrillon « *comme la plus grosse de la chirurgie abdominale* », comporterait, encore à l'heure actuelle, un développement plus considérable. Les auteurs ont, pour la plupart, choisi dans cette étude un chapitre spécial se rapportant, soit à l'anatomie pathologique, soit à la symptomatologie, soit à la technique opératoire.

Certains même ont traité des tumeurs en général inclu-

ses dans les ligaments larges et se sont contentés de citer les kystes. Se basant alors sur des observations, autant que possible rigoureusement exactes, ils ont examiné avec soin le point sur lequel ils tenaient à fixer l'attention, mais ils ont rarement fait une étude complète et détaillée englobant toute la question des kystes inclus en général.

Un des premiers, Velpeau, en 1825, fit un mémoire sur les « Kystes rudimentaires extra-ovariens » : Il les considérait comme de petites poches, plus ou moins nombreuses et volumineuses, contenant un liquide, tantôt séreux, tantôt sanguinolent, et situées entre les deux feuilletts du ligament large.

Puis, en 1838, Richard Bright fit une étude sur les « petits kystes des ligaments larges ».

Sept ans plus tard, en 1844, Cazeaux, se basant sur la difficulté de diagnostic avec les kystes ordinaires de l'ovaire et constatant que leurs indications thérapeutiques étaient identiques, fit marquer un temps d'arrêt à l'étude des kystes du ligament large. Du reste, à cette époque, la question intéressait peu les chirurgiens et les gynécologues.

En 1850, Rollin et, en 1851, Brid, reprenant la question, se spécialisèrent plus particulièrement dans l'examen du contenu kystique. Follin, pour sa part, croyait à l'accumulation de liquide dans les canalicules formant le corps de Rosenmüller.

A partir de cette époque et jusqu'en 1879, on s'intéresse d'une façon spéciale à l'histoire pathologique des kystes.

Verneuil, en 1852, étudia l'origine des kystes dans le corps de Wolff. Broca, Herrega Vegas étudièrent plus particulièrement la question anatomopathologique. Kæberlé, en 1873, dans la *Gazette de Strasbourg*, cite trois cas de

kystes inclus. Panas, en 1873, préconise la ponction comme moyen de traitement et cite à l'appui cinq cas personnels suivis de guérison. Péan, dans ses *Cliniques*, t. I^{er}, entrevoit surtout les tumeurs fibreuses. Duplay, dans le *Progrès Médical*, 1879, s'occupe plus particulièrement de la symptomatologie et du diagnostic. Puis, peu à peu, la question semble rentrer dans un léger oubli et, à part la thèse de Castaneda y Triena (Paris, 1882), celle de Lassalle (Montpellier, 1891) et quelques discussions à la Société de chirurgie, nous ne trouverons que rarement un travail sur les kystes inclus. Nous citerons, tout de même, les études de Terrillon, celles de Terrier, de Just Lucas-Championnière, qui combattirent les injections iodées préconisées par Panas et Duplay. Plus récemment, Sinéty, Mangin, en 1888, considérèrent les kystes para-ovariens comme des ovaires surnuméraires dégénérés en poches kystiques. Reynier (*Semaine médicale*, 1896) et Laroche (thèse de Paris, 1896) s'occupèrent principalement de la fausse inclusion. Pozzi, lui-même, s'intéressa à la question, mais porta plus particulièrement son attention sur les kystes prolifères, papillaires et glandulaires de l'ovaire. Enfin, la thèse de Raimondi (Paris, 1897), sur les kystes des ligaments larges, celle de Strohëker (Paris, 1902) et celle de Deniker (Paris, 1910), sur les tumeurs des ligaments larges, peuvent être classées parmi les mémoires les mieux documentés dans cette partie de la chirurgie abdominale.

A côté des travaux de nos compatriotes, nous nous voyons obligé de citer ceux des chirurgiens et gynécologues étrangers. Nous nous contenterons de les signaler :

C'est ainsi qu'en Angleterre Spencer Wells, Lawson-Tait, par exemple, s'intéressèrent aux kystes inclus; Matthews fit une étude sur l'hydropisie para-ovarique; Doran examina plus particulièrement le point de vue histologique.

En Allemagne, nous citerons les travaux de Schatz, Spiegelberg, Schröder (traitement opératoire), Bleckwenn, Holsheimsen qui pense le plus souvent à l'impossibilité de diagnostic, Winkel, Fischel (structure), Sanger (traitement), Ampt (histologie du para-ovaire et kystes du ligament large), Gusserow (division d'après leur volume: les petits ayant leur point de départ dans l'organe de Rosenmüller et les gros, qui seraient des kystomes).

En Amérique, nous citerons les noms de Washington, Atlee, Miner (propose l'énucléation), Døge, Goodell, Baër, Palmer, Nægerrath, Teller.

Depage, Godard, Vinderogel, en Belgique; Kocher, en Suisse, et Müller (qui confond les adhérences par péritoine avec l'inclusion) ont tous contribué, d'une façon plus ou moins efficace, à la mise au point de cette question si délicate.

Nous ne nous étendrons pas plus longuement sur l'historique de notre sujet; mais, avant de clore ce chapitre, nous nous en voudrions si nous négligeons de rappeler les laborieuses études de MM. Estor et Puech sur les tumeurs de l'ovaire en général et de dire tout l'intérêt que notre maître, M. le professeur Tédénat, porte et a porté à l'étude de l'inclusion. Il possède, en effet, de nombreuses observations personnelles dont il a eu l'amabilité de nous faire profiter. De plus, par une série d'articles parus dans le *Montpellier médical* de 1901, il a contribué, d'une façon toute particulière, à l'étude des kystes papillaires et de l'inclusion. Enfin, ces jours derniers, à la réunion de gynécologie et obstétrique de Montpellier, il a apporté l'appui de sa haute compétence dans une discussion des plus intéressantes sur les kystes de l'ovaire inclus dans les ligaments larges.

ETUDE ANATOMIQUE ET ANATOMOPATHOLOGIQUE

Avant d'aborder l'étude anatomopathologique des kystes inclus, il nous paraît indispensable de définir, en quelques mots, ce que l'on entend par « ligaments larges » et « par inclusion ».

Le corps utérin est pourvu d'un revêtement péritonéal qui lui adhère intimément et forme le *perimetrium*. Arrivés sur les côtés de l'utérus, les deux feuillets du *perimetrium*, qui englobent la face antérieure et la face postérieure de cet organe, s'appliquent l'un à l'autre pour se porter ensuite vers la paroi latérale du bassin. De cette disposition résulte la formation de deux cloisons transversales qui, à droite et à gauche, unissent l'utérus aux parois de l'excavation et qui divisent la cavité pelvienne en deux portions : l'une antérieure ou vésicale, l'autre postérieure ou rectale. C'est à ces replis péritonéaux, doublés de fibres musculaires lisses venant de l'utérus (Rouget) et unis entre eux par une couche plus ou moins épaisse de tissu cellulaire, que l'on a donné le nom de « *ligaments larges* ».

Les deux feuillets séreux des ligaments larges n'adhèrent donc pas intimément l'un à l'autre et c'est ainsi que, dans la nappe du tissu cellulaire qui les sépare, nous voyons cheminer des lymphatiques, des vaisseaux san-

guins et des nerfs constituant le plexus utéro-ovarien. Ces ligaments ont donc un contenu et c'est évidemment sur lui que se portera toute notre attention dans l'étude que nous avons entreprise.

A côté des vaisseaux et nerfs que nous venons de citer, nous distinguerons, normalement chez l'adulte, trois organes dans ce que nous nous permettrons d'appeler « une cavité » comprise entre les deux feuillets des ligaments larges.

Ce sont :

Le *ligament rond*, qui occupe l'aileron antérieur ;

La *trompe*, qui occupe l'aileron moyen ;

Enfin l'*ovaire*, incomplètement enveloppé par le péritoine, mais dont le hile regarde la cavité du ligament et qui occupe l'aileron postérieur.

Mais, à côté des organes que nous venons de mentionner, il en est d'autres jouant un rôle primordial dans l'histogenèse des tumeurs qui font l'objet de notre travail ; ce sont les restes embryonnaires représentés par l'organe de *Rosenmüller*, *résidu du corps de Wolff* et le *canal de Gärtner*.

Il nous semble, ainsi, avoir suffisamment décrit, avec son contenant et son contenu, ce que les anatomistes dénomment « *ligaments larges* » et, nous basant sur cette description, nous croyons être en mesure d'aborder la définition de « *l'inclusion* ». Nous pourrions donner de ce terme une définition presque personnelle ; nous nous contenterons de transcrire celle proposée par Lassalle, dans son travail sur « les tumeurs incluses dans les ligaments larges », inspiré par le professeur Tédénat (Thèse Montpellier, 1891), et qui, dans sa simplicité, n'en est pas moins excellente : « *D'une manière générale, dit-il, nous appellerons tumeur incluse dans les ligaments larges toute tu-*

meur occupant la cavité virtuelle de ces deux ligaments et ayant tendance à les dédoubler, c'est-à-dire à écarter l'une de l'autre les deux parois ». Et, ainsi que nous le fait remarquer Lassalle, il résulte de cette définition que notre kyste, puisque nous étudions particulièrement les kystes, sera coiffé par la séreuse et par les fibres musculaires lisses, dont nous avons déjà parlé dans notre étude anatomique des ligaments larges.

Ceci dit et ces premiers jalons solidement posés, nous allons pouvoir entamer l'étude de la tumeur proprement dite.

Nous n'insisterons pas sur l'énumération des différentes variétés de tumeurs incluses entre les deux feuillets des ligaments larges et nous nous contenterons de signaler que les unes, primitives, les autres, originaires de l'utérus ou de ses annexes, se présenteront, soit sous forme de tumeurs solides, soit sous forme de tumeurs kystiques. Ces dernières seules feront l'objet de notre étude et encore, parmi elles, ferons-nous une place toute particulière aux « *kystes dermoïdes* », aux « *kystes hydatiques* » et à ceux du « *ligament rond* ».

Les NÉOFORMATIONS DERMOÏDES atteignent, généralement, la grosseur d'une orange ou d'une tête d'adulte. Elles sont tapissées, à leur face interne, par une membrane rappelant la peau par son aspect et sa structure. Leur contenu est variable. On y trouve généralement de longs cheveux roulés, agglutinés ensemble, ainsi que des résidus de tissu musculaire nerveux ou osseux. Il arrive, quelquefois, de rencontrer ces tumeurs en combinaison avec d'autres formes kystiques de l'ovaire.

Les kystes dermoïdes sont rarement inclus. Tout au plus, en effet, pourrions-nous citer les cas d'Abel, Sanger, Ferrand, Rendu. M. le professeur Tédénat, qui en signale

deux cas, dans son étude sur les « *kystes papillaires de l'ovaire* » (*Montpellier médical*), a bien voulu nous donner une observation de kyste dermoïde, que nous nous permettons de publier.

OBSERVATION PREMIÈRE

Kyste dermoïde monoloculaire inclus dans le ligament large gauche.

Madame C. Q..., 48 ans, entre, le 6 mars 1912, dans le service de M. Tédénat.

Mère morte, à 58 ans, d'ictère chronique après longue souffrance de coliques hépatiques. Père mort à 62 ans.

Réglée à 13 ans, toujours régulièrement, pendant quatre ou cinq jours, sans pertes blanches. Mariée à 20 ans. Accouchement simple et sans complications à 25 ans.

Il y a douze ans, la malade commença à avoir des mictions fréquentes, mais indolores, toutes les deux ou trois heures, avec pesanteur habituelle dans le bas-ventre et les reins. Bon appétit. Pas de constipation.

Depuis cinq ans, ces douleurs sont plus pénibles. Il y a quinze mois, le ventre a augmenté de volume. Les règles sont devenues plus longues (huit à dix jours), plus abondantes, avec quelques caillots et s'accompagnent de douleurs nécessitant un ou deux jours de lit à leur début. Ménopause depuis quatre mois.

Rien d'anormal au cœur, ni aux poumons. Etat général bon, un peu de surcharge adipeuse.

EXAMEN. — Abdomen gros. Sa moitié gauche est soulevée par une tumeur qui dépasse, en haut, l'horizontale de l'ombilic de quatre doigts. Cette tumeur, lisse, de consistance moyenne, dépasse de deux à quatre travers de doigt la ligne médiane suivant les points. Sonorité marquée sur toute la moitié droite du ventre; pas d'ascite,

L'exploration combinée montre la tumeur plongeant dans le bassin; son extrémité inférieure, arrondie, ferme, vaguement bosselée, déprime fortement le cul-de-sac latéral gauche et refoule, à droite et un peu en arrière, l'utérus rétroversé et plus petit. Le diagnostic de kyste inclus dans le ligament large gauche s'impose.

OPÉRATION. — 9 mars. Anesthésie à l'éther goutte à goutte, rapide et régulière. Incision médiane poussée jusqu'à l'ombilic à cause d'une grande épaisseur de graisse. Péritoine incisé. La tumeur apparaît, occupant la moitié gauche du ventre. Elle est rouge et on voit nettement, dans sa moitié inférieure, les fibres transversales du ligament large; le pavillon de la trompe gauche est étalé sur la partie supéro-externe de la tumeur. Incision transversale du ligament large gauche. Les deux lèvres sont prises avec des pinces à plateau et sont décollées, sur sept ou huit centimètres, de la tumeur que les doigts contournent et décollent aisément sur une grande partie de son pourtour. *La tumeur ponctionnée, il sort environ un litre de matière sébacée, avec gros grumeaux jaunes et mastic de vitrier.* La tumeur, à peu près totalement vidée, est décortiquée sans hémorragie. Les annexes des deux côtés sont excisées. L'utérus, petit, reprend sa place. Suture de la paroi à trois plans. Réunion immédiate sans le moindre incident. Quinze jours après, l'opérée sortait de l'hôpital.

EXAMEN DES PIÈCES. — Tumeur monoloculaire de quatre litres de capacité. Paroi uniformément épaisse de un centimètre. Sa face interne a, *par places, l'aspect d'une muqueuse, par places l'aspect d'une peau macérée*, avec des arborisations vasculaires. En un point, large comme une pièce de 5 francs en argent, existe un bourrelet saillant, de 2 à 3 centimètres, contenant un *bloc ostéo-cartilagineux*, du volume d'un noyau de prune, sur lequel s'implante un

paquet de cheveux noirs, longs de 10 à 15 centimètres et englués de matière sébacée.

A noter chez cette malade les douleurs existant depuis plusieurs années, avant que la tumeur eût acquis un volume suffisant pour être appréciable.

Les « *kystes à échinocoques* » sont identiques, comme structure, aux kystes hydatiques des autres régions, et nous ne ferons que mentionner quelques tumeurs de cette nature ayant pu être observées par Freund, Schræder, Schatz, Potocki.

Enfin, les « *kystes du ligament rond* », dus, d'après Klob, à la persistance d'un état fœtal du *Gubernaculum de Hunter*, sont fort rares et nous nous contenterons de les citer.

Il nous restera alors à étudier :

A. Les *kystes para-ovariens* inclus dans les ligaments larges ;

B. Les *kystes de l'ovaire* inclus dans les ligaments larges ;

C. Et, à ces deux grandes classes, nous ajouterons celle des *kystes papillaires* d'origine ovarienne ou para-ovarienne et inclus eux aussi.

A. KYSTES DU PARA-OVAIRE. — Ces tumeurs, indifféremment connues sous le nom de *kystes wolffiens*, *kystes du para-ovaire*, *kystes du ligament large*, sont des poches kystiques, situées dans la région ovarienne, indépendantes de l'ovaire et prenant naissance dans les différents débris du canal et du corps de Wolff (para-ovaire de Waldeyer, organe de Rosenmüller, canaux de Gärtner, situés entre

les deux feuillets des ligaments larges). Leur étiologie et leur mode de formation ont donné lieu à de nombreuses discussions.

Nous signalerons tout d'abord des petites formations considérées comme des « *kystes résiduaire*s », à paroi mince et paraissant développées aux dépens des corps de Wolff ou des canaux de Müller.

Parmi elles, nous citerons :

Les micro-kystes du ligament large dérivés de l'organe de Rosenmüller;

Les kystes de l'hydatide de Morgagni;

Et les *kystes supra-tubaires*, considérés par Pozzi comme ayant cheminé sous la séreuse.

Toutes ces tumeurs sont à petit développement et ne présentent pas l'importance clinique des tumeurs proprement dites du para-ovaire. Celles-ci sont, généralement, d'un volume moyen et ont tendance à s'*enclaver* dans la cavité pelvienne; il en résultera des phénomènes de compression sur lesquels nous reviendrons dans notre étude symptomatique. On rencontre aussi des kystes à évolution abdominale. A part quelques exceptions, ces kystes sont généralement *uniloculaires*. Inclus dans le ligament large, ils provoquent le rejet de l'ovaire sur le côté externe. Leur paroi est relativement mince, surtout dans les tumeurs à grand développement; elle est d'un blanc verdâtre et possède une surface interne tapissée d'un épithélium vibratile. Le contenu est alcalin, sans albumine ni paralbumine, riche en chlorures, fluide, clair et d'une densité sensiblement égale à celle de l'eau (1005-1008). A côté de ces tumeurs hyalines non végétantes du para-ovaire, il existe des kystes papillaires, issus du para-ovaire, et qui feront l'objet d'un paragraphe spécial.

B. KYSTES DE L'OVAIRE. — Ce sont, généralement, des kystes mucoïdes, prenant, le plus souvent, naissance au niveau du hile de l'ovaire et s'immisçant entre les deux feuilletts du ligament large. Ces tumeurs sont sessiles, pauciloculaires, quoique parfois uniloculaires ou aréolaires. Elles peuvent n'être que partiellement incluses dans le ligament large.

La paroi du kyste est fibreuse, bien vascularisée et doublée d'une couche interne à cellules épithéliales. On a pu voir des végétations à l'intérieur de la poche; mais ces néoformations sont bien moins développées et moins abondantes que dans les kystes papillaires. Le liquide intrakystique est d'autant plus fluide que la poche est plus volumineuse; il contient de la *paralbumine* et une très grande quantité de matériaux fixes.

M. le professeur Tédénat ayant bien voulu nous céder une observation de kyste inclus né au niveau du hile, nous la transcrivons ci-après :

OBSERVATION II

Kyste du ligament large né dans le hile de l'ovaire.

Madame A. D..., 28 ans, ménagère, entrée, le 8 avril 1902, dans le service du professeur Tédénat.

Père rhumatisant.

Elle entre pour des douleurs du bas-ventre et de la cuisse droite.

Taille moyenne; constitution frêle. Réglée à 17 ans, perd peu, pendant trois jours, sans douleurs, sans leucorrhée. Mariée à 24 ans.

MALADIE ACTUELLE. — Les malaises actuels remontent à deux mois; douleurs dans la fosse iliaque droite et la cuisse. Coût très douloureux; règles régulières.

Rien à noter aux poumons, ni au cœur. Appétit très satisfaisant. Digestions bonnes. Une selle tous les trois ou quatre jours. Urines claires : un litre environ ; cinq à sept mictions la nuit, dix à douze le jour, sans douleur.

Palpation. — Abdomen normal, plutôt plat. Pression douloureuse dans la fosse iliaque droite.

Toucher vaginal. — Col conique, long, à orifice punctiforme. Dans le cul-de-sac droit, on constate une tumeur du volume d'un œuf, rénitente, refoulant l'utérus à gauche et un peu en avant. La pression sur la tumeur est douloureuse. *Les annexes gauches sont un peu augmentées de volume, mobiles, un peu douloureuses.*

EXAMEN. — *Le 23 avril* : on a mis un Preistnitz du 8 avril à ce jour. Les douleurs, qui avaient diminué, ont augmenté depuis cinq jours. La tumeur des annexes droites a notablement augmenté de volume et est plus douloureuse à la pression.

Le 30 avril : laparotomie médiane. Paroi grasse. L'utérus est refoulé à gauche et un peu en avant par une tumeur incluse dans le ligament large droit.

La partie postéro-externe de la tumeur est appliquée contre l'ovaire un peu augmenté de volume. Incision transversale du feuillet antérieur du ligament large.

Décollement facile de la tumeur qui est séparée assez facilement, mais il faut *enlever l'ovaire qui fait corps avec le kyste et la trompe*, longue de 15 centimètres, et qui passe, en sautoir, sur la partie antérosupérieure du kyste.

Suture du ligament large. Annexes gauches saines. Suture de la paroi abdominale.

Guérisson sans autre incident qu'un petit abcès au dernier point en bas. Cicatrisation complète le 20 mai.

EXAMEN DU KYSTE. — Poche uniloculaire, épaisse de deux centimètres ; à sa face interne, nombreux petites papilles

agglomérées en petits placards. *La tumeur naît dans le hile de l'ovaire.*

C. KYSTES PAPILLAIRES. — Ce sont les plus importants, car l'inclusion s'observe presque toujours dans les cas de kystes papillaires (50 p. 100 Plannenstiel, 100 p. 100 Doran, 80 p. 100 Tédénat). Ils sont caractérisés par l'apparition, sur leur surface interne, de *végétations* conjonctives, papillomateuses, remplissant parfois la cavité et pouvant même perforer la paroi pour faire saillie à la surface externe de la tumeur. Cette paroi, tapissée d'un revêtement épithélial, souvent muni de cils vibratiles, englobe une masse liquide plus ou moins épaisse, d'un jaune sale, contenant de l'albumine et de la paralbumine. Ces kystes sont uni ou pauciloculaires. Leur pathogénie, très délicate, a donné lieu à de nombreuses études. On admet, généralement, qu'ils prendraient naissance, soit dans les tubes du corps de Wolff (Olshausen, Doran, Fischel, Tédénat), soit dans le canal de Gartner (Tédénat, *Montpellier médical*, 1891). Dans ce cas, la tumeur, en se développant, refoulerait l'ovaire sans l'envahir et donnerait libre cours à son évolution entre les deux ligaments. L'ovaire peut aussi donner naissance à des kystes papillaires inclus.

Ces kystes, qui naissent dans le hile ou le parenchyme, semblent alors se développer aux dépens de l'épithélium des prolongements que les canalicules de Rosenmüller envoient dans le parenchyme de l'ovaire qui est, quelquefois, traversé de part en part. Ces tubes intra-ovariens sont désignés sous le nom de Markstränge, Kœliker a insisté sur leur provenance et leur structure.

FAUSSES INCLUSIONS. — Nous venons d'examiner les trois grandes variétés de kystes servant de base à notre tra-

vail; mais, avant de terminer ce chapitre, nous nous permettrons de signaler la fréquence de certains états pathologiques rappelant l'inclusion et qui, au point de vue anatomique, constituent une variété spéciale connue sous le nom de « *fausse inclusion* ».

Ces dernières sont constituées par des *adhérences péripériques*. À l'ouverture de l'abdomen, nous trouvons, au devant de la tumeur adhérente, une lame conjonctive qui ressemble au feuillet antérieur du ligament large. Si nous pratiquons une incision au niveau de cette lame fibreuse, nous tombons sur un plan de clivage peu net et l'énucléation de la tumeur nécessitera une décortication des plus laborieuses. La masse kystique une fois enlevée, nous nous trouvons en présence d'un *ligament large intact*, car la masse fibreuse que nous avons si péniblement décortiquée n'était autre qu'une lame d'adhérences péritonéales entourant la tumeur et simulant une inclusion.

Une autre variété de fausse inclusion est due à une disposition tout à fait spéciale de la trompe et son méso, qui, en se rabattant sur un kyste sous-jacent, le coiffent, l'encapuchonnent, amènent la formation d'adhérences et peuvent laisser croire à une tumeur incluse.

SYMPTOMATOLOGIE

Question délicate !

En effet, un grand nombre d'affections abdominales, et plus particulièrement les tumeurs banales, offrent des symptômes qui leur sont communs avec les kystes inclus.

Nous ne nous étendrons pas sur la possibilité d'altérations de l'état général. La santé, surtout au début, sera le plus souvent conservée, à moins que nous ayons affaire à un kyste papillaire et, tout au plus, pourrons-nous remarquer quelquefois de la tristesse, de la fatigue, du dégoût pour certains aliments, des évanouissements (voir les différentes observations). Dans certains cas, la malade n'aura éprouvé aucune douleur et, seule, l'augmentation de volume de son ventre l'aura déterminée à s'adresser à un docteur.

Parfois, ce seront des sensations de gêne dans la marche, de pesanteur, de douleurs plus ou moins sourdes dans le petit bassin, qui auront attiré l'attention.

Dans d'autres cas, des phénomènes de compression, des troubles de la menstruation auront dirigé notre examen vers la possibilité d'une tumeur abdominale.

Tous ces symptômes, fort vagues, ne sont pas pathognomoniques de l'inclusion kystique. Aussi rencontrerons-nous de nombreuses difficultés lorsqu'il s'agira de poser un diagnostic.

Lorsque la tumeur aura atteint un certain degré de développement, nous pourrons constater des « *troubles fonctionnels* » et, en particulier, des *phénomènes douloureux*, des *phénomènes de compression* et des variations plus ou moins appréciables dans la *menstruation* de notre malade. A la constatation de ces troubles, nous joindrons « *l'examen physique* » et, ainsi, pourrons-nous établir notre diagnostic.

A. ETUDE DES TROUBLES FONCTIONNELS

1° DOULEUR. — Ce n'est généralement pas une douleur fraiche et bien déterminée. La tumeur provoque le plus souvent une sensation de pesanteur. Dans certains cas, la compression des filets nerveux du plexus lombo-sacré peut occasionner des troubles douloureux, rappelant des crises névralgiques. Leur intensité est variable et on a pu voir des malades chez lesquelles la sensation douloureuse était à tel point intense et intolérable qu'elles réclamaient au docteur l'intervention chirurgicale. Ces douleurs peuvent souvent avoir pour cause une poussée congestive au moment des règles ou bien une torsion pédiculaire, une hémorragie ou une suppuration du kyste, cas particuliers sur lesquels nous reviendrons au chapitre des complications. La douleur peut aussi faire totalement défaut. Terrillon, en effet, considère les kystes para-ovariens hyalins comme le type des tumeurs indolores. Enfin, dans certains cas, des adhérences ou la coexistence d'une salpingo-ovarite peuvent être le point de départ de phénomènes douloureux.

2° RÈGLES. — Les kystes de l'ovaire, inclus ou non, peuvent donner lieu à des troubles menstruels plus ou moins sérieux (voir observations), et, de même que pour les dou-

leurs, il nous sera ici impossible de considérer l'absence ou la prolongation des règles comme un phénomène pathognomonique. Les observations citées dans les différents travaux que nous avons pu consulter ne nous autorisent pas, en effet, à affirmer que l'inclusion kystique de l'ovaire ou du para-ovaire puisse avoir une influence bien déterminée sur la menstruation. Les auteurs sont en contradiction. Les uns considèrent, en effet, les troubles menstruels comme une exception dans les kystes du para-ovaire. D'après Castaneda y Triena, les règles seraient relativement normales; Winkel se fie sur la grosseur du kyste et pense que tant que la tumeur n'atteindra pas la grosseur d'une tête d'adulte, la menstruation n'éprouvera aucune variation; d'autres, comme Raimondi, ont pu constater des troubles dans la plupart des kystes à paroi lisse. Deniker ne croit pas à une influence des kystes hyalins du para-ovaire sur la menstruation et conseille de penser à la coexistence d'une tumeur fibreuse ou d'une salpingo-ovarite, si, parfois, on constatait des hémorragies.

On a pu voir aussi, au moment des règles, des poussées congestives coïncidant avec une augmentation de volume de la tumeur, alors que, dans d'autres cas, on a observé un arrêt ou une diminution des règles. En un mot, tout est possible et les règles seront, tantôt régulières, tantôt irrégulières, tantôt douloureuses, tantôt abondantes, tantôt intermittentes.

3° PHÉNOMÈNES DE COMPRESSION. — Ils varient avec le volume et la direction que suivra la tumeur. Il se peut, par exemple, que la néoformation soulève le feuillet antérieur du ligament large et vienne se placer dans le cul-de-sac vésico-utérin. Si elle se développe vers l'arrière, la tumeur se logera entre l'utérus et le rectum. On a même pu voir

des décollements du péritoine à la face postérieure de l'utérus permettant au kyste d'envahir le ligament large opposé. La tumeur incluse peut donc cheminer dans des directions diverses : en dedans, en dehors, en arrière, en avant, très loin même de son point d'origine ; il en résulte qu'elle refoule, déplace et comprime, successivement ou à la fois, tous les organes avec lesquels elle se trouve en contact. Ces accidents ont ceci de particulier qu'ils apparaissent de bonne heure.

Nous nous contenterons de mentionner les troubles de *compression nerveuse* dont nous avons parlé tout à l'heure.

La *compression vasculaire* peut amener la production de l'ascite, d'un œdème des membres inférieurs ou de varices, si les veines iliaques sont soumises à une compression assez forte ; il en sera de même pour les veines hypogastriques dont la compression favorisera la formation d'hémorroïdes.

La *compression du rectum* rapprochera les deux parois intestinales ; il en résultera une *constipation* plus ou moins opiniâtre, avec alternatives de débâcles, pouvant aller jusqu'à l'obstruction et la stercorémie.

La *compression de l'appareil urinaire* amènera des *difficultés* dans la *miction*, que nous retrouvons dans toutes nos observations, et, depuis la pollakiurie jusqu'à l'incontinence et la rétention, nous rencontrerons toutes les variétés de symptômes urinaires.

Enfin, dans les cas de grosses tumeurs, le foie, le poumon, le cœur peuvent être indirectement influencés et nous reviendrons sur les troubles de compression hépatique, pulmonaire, etc., dans le chapitre des complications.

Nous avons pu trouver réunis, chez une malade du professeur Tédénat, et à un degré très avancé, les principaux troubles fonctionnels dont nous venons d'esquisser l'étude.

Voici son observation :

OBSERVATION III

(Kyste inclus avec troubles fonctionnels très graves)

Madame E. P..., entrée, le 10 janvier 1918, âgée de 26 ans, mariée depuis trois ans.

Antécédents héréditaires. — Mère morte en couches; père mort de pleurésie.

Antécédents personnels. — Paludisme à 13 ans.

HISTOIRE DE LA MALADIE. — Réglée à 13 ans. Au début, règles peu abondantes, mais très longues, durant parfois douze à quatorze jours. Depuis lors, pas de perturbation appréciable jusqu'au 21 mars 1916, date où ses règles fixes apparurent pour la dernière fois. Depuis lors jusqu'en septembre 1916, elles revinrent deux fois par mois, avec durée de cinq à six jours. Parfois des pertes blanches. Les règles cessent définitivement en septembre 1916. En mars 1916, un jour la malade a eu une crise très douloureuse dans le ventre: douleur courte, lancinante, aiguë, mais cessant de suite. En juin 1916, elle commence à grossir, mais sans souffrance; on croit à une grossesse. *En juillet, douleurs aiguës dans le ventre, commençant au nombril et s'irradiant vers les flancs et les cuisses; grandes douleurs dans les reins.* On croit à un accouchement. La malade reste huit jours au lit, urine fréquemment, se lève cinq ou six fois la nuit. Depuis cette époque, la malade est souffrante, très excitée; elle commence à maigrir très vite; les douleurs, dans les reins, augmentent; les jambes se gonflent, elle est obligée de changer ses chaussures. Perte d'appétit, mais elle se force pour manger. Constipation combattue avec lavements purgatifs.

Vers le 5 octobre, bien que toujours grossissante, elle se

porte mieux; les fréquences d'uriner diminuent un peu (deux à trois fois la nuit); les douleurs sont moins fortes. *Les jambes se gonflent* dans la station debout, mais l'œdème diminue dans la position allongée. *Grossissement continu et graduel.*

Amaigrissement très marqué de la face au point que des amis ne la reconnaissent plus; *couleur jaune verdâtre*; *traits accentués*; *yeux saillants et très brillants*, *air craintif, hébété, mélancolique.* *Accès de peur* qui étonnent le mari; elle rêve et fixe d'un air stupide les choses insignifiantes au point que son mari s'en inquiète. Déprimée, elle pleure beaucoup. Parfois, de petits accès de fièvre, 37°8. Les seins étaient gonflés, ce qui, au début, accentua l'illusion d'une grossesse.

EXAMEN AVANT L'OPÉRATION. — Le ventre augmente encore, il sera énorme; la paroi abdominale est distendue avec réseau veineux très marqué.

La malade est très constipée.

L'œdème des membres inférieurs est considérable, marche lente, difficile.

La miction est plus fréquente, plus difficile.

Dyspnée très marquée.

Système nerveux déprimé.

Cœur rapide, mais bon; pouls 88.

À la percussion. — Sonorité extrême due aux anses dilatées qui gargouillent quand on pratique le *palper* avec pression. Dans les flancs, matité, surtout à gauche.

Toucher vaginal. — On sent une masse arrondie, molasse, qui déprime le cul-de-sac postérieur. L'utérus, rejeté en avant, est perçu derrière et au-dessous de la symphyse pubienne.

Opération le 13 janvier 1917.

Incision médiane. Trendelenburg. L'intestin grêle se

présente. Il est retenu, en haut, par une large compresse. Alors se présente le péritoine, mince, à travers lequel on voit glisser, dans les mouvements respiratoires, la poche kystique à larges bosselures. Incision longitudinale du péritoine, longue de 10 centimètres. Le kyste est saisi avec des pinces. Une ponction donne 7 litres de liquide. Les lèvres de l'incision péritonéale sont écartées, le péritoine est décollé et le kyste extrait après ponction d'une seconde poche (2 litres). Deux pédicules sont liés. Suture. Réunion immédiate.

EXAMEN DE LA TUMEUR. — Les poches diverses étant évacuées, la masse pesait 1.700 grammes. Kyste polyloculaire contenant de nombreuses papilles arborescentes.

SUITES. — *Le quatrième jour, l'œdème, qui était considérable, a complètement disparu.* La malade s'est remise peu à peu. Ses fonctions sont redevenues normales. Elle est sortie guérie le 12 février 1917.

Revue un an après, elle avait gagné 19 kilos.

B. SIGNES PHYSIQUES

Ils nous seront fournis par :

- a) L'inspection;
- b) La palpation abdominale;
- c) La percussion abdominale;
- d) Le toucher vaginal;
- e) Le toucher rectal;
- f) La palpation et le toucher combinés, le cathétérisme intra-utérin, le cathétérisme vésical, etc.

a) INSPECTION. — A la période de début, quand la tumeur est encore pelvienne, à moins d'avoir affaire à un kyste

assez volumineux et très en avant, nous ne constaterons que difficilement *une légère voussure*. Mais, peu à peu, la poche augmentant de volume, le ventre s'arrondira et, soit par la tumeur elle-même, soit par l'ascite qu'elle aura occasionnée, nous nous trouverons en face d'un abdomen, plus ou moins proéminent, plus ou moins tendu, très souvent *asymétrique*. Cette distension de l'abdomen est très variable et sa circonférence peut souvent atteindre un développement considérable. Dans ce cas, les parois sont fortement distendues, avec vergetures et, quelquefois, un réseau veineux accessoire très développé. Malgré tout, le véritable kyste inclus est *pelvien* et l'existence d'une grosse tumeur à évolution abdominale développée sera fort rare.

b) PALPATION ABDOMINALE. — Au début, en déprimant les téguments au niveau du pubis, on parvient à sentir, dans l'excavation, une tumeur arrondie, le plus souvent dure, car la poche est tendue. Quand le kyste aura subi un plus grand développement, la palpation nous permettra d'en rechercher les limites exactes, d'apprécier sa consistance, qui, suivant la variété de kyste, sera plus ou moins fluctuante, d'essayer de la mobiliser, chose difficile, car les kystes inclus sont *peu mobiles*; c'est une de leurs caractéristiques et, à moins d'être pédiculés, ce qui est fort rare du reste, ces tumeurs sont, pour ainsi dire, *bloquées* entre l'utérus, le ligament large, le releveur de l'anus et la paroi pelvienne.

c) PERCUSSION ABDOMINALE. — Tant que le kyste évoluera dans le petit bassin, l'examen sera assez délicat; plus tard, il révélera de la *matité* sur toute son étendue, matité fixe qui ne se déplacera pas par les changements de position. Des anses intestinales peuvent se glisser au-devant du

kyste. Dans ce cas, la matité fera place à une sonorité assez bien limitée.

d) TOUCHER VAGINAL. — Il est indispensable. Il nous permet, en effet, de constater, dès le début, une masse plus ou moins *fluctuante*, plus ou moins *arrondie*, généralement *peu douloureuse*, séparée du col par un *sillon*, appuyée contre le corps utérin qu'elle *immobilise* très souvent, qu'elle *entraîne*, généralement, *au-dessus du bassin*. De plus, *l'utérus est dévié du côté opposé au kyste, un des culs-de-sacs vaginaux fait saillie et, si on mobilise la tumeur, la matrice suit son déplacement.*

e) Chez les vierges, nous pratiquerons le TOUCHER RECTAL. Il en sera de même chez les autres malades ; mais, chez ces dernières, ce mode d'examen nous permettra de confirmer les résultats de l'examen vaginal.

f) Nous pourrons aussi, pour compléter notre diagnostic, ASSOCIER LE PALPER ABDOMINAL AU TOUCHER VAGINAL ET RECTAL, ce qui nous permettra d'établir plus exactement la limite et la situation de la tumeur, ainsi que ses rapports avec le corps utérin.

g) Enfin, le CATHÉTÉRISME UTÉRIN pourra nous renseigner sur la *direction* de cet organe et son *augmentation de volume*. Il ne faudra le pratiquer que sur des femmes chez lesquelles la possibilité d'une grossesse aura été écartée.

Quant au CATHÉTÉRISME VÉSICAL, il nous renseignera sur *l'ascension de la vessie* et, associé au toucher vaginal, il nous aidera à constater la possibilité d'adhérences vésicales avec la tumeur.

De cette étude, certains points doivent plus particulièrement être mis en relief. Ce sont : l'*asymétrie abdominale*, les *troubles de compression récents*, le *refoulement de l'utérus*, la *saillie de la tumeur dans un cul-de-sac*, l'*immobilisation avec enclavement*, une *légère fluctuation*.

Voilà des symptômes nous permettant d'admettre la possibilité d'un kyste inclus dans les ligaments larges.

DIAGNOSTIC

Parmi les symptômes que nous venons d'étudier, beaucoup sont communs à différentes affections abdominales. Nous allons tout de même tâcher d'établir un diagnostic clinique entre les divers cas qui peuvent se présenter à notre examen.

Il s'agit de diagnostiquer le KYSTE et l'INCLUSION.

Pour l'*inclusion*, nous renvoyons à la symptomatologie et, plus particulièrement, au dernier paragraphe du chapitre précédent.

Le *diagnostic différentiel* sera très délicat lui aussi.

Et tout d'abord un « *kyste ordinaire de l'ovaire* » sera pour nous une cause d'erreur.

Mais, chez notre malade atteinte de kyste de l'ovaire, l'état général sera précaire, avec un amaigrissement considérable, les règles présenteront de l'irrégularité, le ventre saillant sera, en général, symétrique. L'examen direct nous permettra, enfin, de constater une tumeur libre (ceci dû au pédicule) dans la cavité péritonéale, et n'entraînant généralement pas l'utérus dans son déplacement, si nous essayons de la mobiliser.

Il se peut aussi qu'un prolongement kystique, occupant le cul-de-sac postérieur et déviant l'utérus, puisse nous induire en erreur. Dans ce cas, en vidant partiellement la poche abdominale, la masse utérine retrouvera sa mobilité.

Des adhérences péritonéales pourront encore immobiliser la tumeur ainsi que l'utérus. Nous croirons alors avoir affaire à une inclusion; mais, à l'ouverture de l'abdomen, notre diagnostic changera, car, les deux feuillets du ligament large étant intimément unis, nous nous trouverons en présence d'une « *fausse inclusion* ». Evidemment, si la malade a déjà présenté des symptômes péritonéaux, peut-être, si nous y songeons, pourrions-nous, avant l'ouverture de l'abdomen, penser à un kyste adhérent, mais non inclus dans le ligament large.

Un *pyosalpinx*, volumineux et refroidi, dur et faisant saillie dans un cul-de-sac, peut en imposer pour un kyste inclus. Les antécédents gynécologiques de la malade nous seront alors d'une grande utilité.

Certains « *fibromes inclus ou non* » pourront aussi donner lieu à une certaine hésitation. Nous n'envisageons pas ici les gros fibromes utérins, bien limités, bien caractérisés, à symptomatologie classique.

En général, la consistance à la palpation nous aidera dans notre diagnostic, lorsque la tumeur aura atteint une dimension assez considérable. Une paroi grasse, l'œdème de la tumeur peuvent nous induire en erreur et nous donner la sensation d'une tumeur fluctuante.

Certains « *kystes dermoïdes et hydatiques* », fort rares du reste, seront une cause fort délicate de diagnostic. La douleur et l'inégalité de consistance mises à part, aucun signe particulier ne peut nous aider à affirmer l'existence d'un « *kyste dermoïde* ». Du reste peu importe, car l'intervention est la même que pour les autres kystes des ligaments larges.

Enfin, une ponction exploratrice, donnant issue à un liquide séreux, contenant des vésicules hydatiques, nous permettra de diagnostiquer un « *kyste hydatique* ».

Une « *grossesse extra-utérine* » pourra également fausser notre diagnostic; mais la femme aura déjà présenté certains signes de la grossesse.

Il en sera de même, si nous nous trouvons en présence « *d'une femme grosse* » et, dans ce cas, le signe d'Hégar sera, pour nous, d'une grande utilité.

L'« *ascite* » sera facilement éliminée, car elle coïncidera généralement avec une lésion *cardiaque, hépatique* ou *rénale*; de plus, l'abdomen sera étalé et la malade présentera le ventre de *batracien*.

Signalons, enfin, quelques cas fort rares d'*hydronéphrose, rein flottant* ou *tumeur rénale*; l'état général de la malade, la situation de l'intestin repoussé en avant dans les tumeurs du rein, l'examen des urines seront pour nous d'une grande utilité.

Nous pourrions passer en revue toutes les tumeurs de l'abdomen; nous nous sommes contenté de signaler celles que nous aurons le plus souvent l'occasion de rencontrer dans notre pratique journalière.

Avant de terminer ce chapitre, nous rappellerons que certains auteurs préconisent des méthodes de diagnostic basées sur l'examen du contenu kystique (limpidité, paralbumine, chlorure de sodium), qui permettraient de déterminer la variété ovarienne ou para-ovarienne d'une poche kystique, et que nous nous contenterons de mentionner.

COMPLICATIONS

Les complications, très nombreuses du reste, ne peuvent qu'assombrir notre pronostic et, dans les cas d'inclusion kystique, il nous faudra songer à la possibilité de compressions, de déplacements d'organes, de suppurations, d'hémorragies, de torsions pédiculaires, de rupture de la poche, de transformations anatomiques, etc.

A. COMPRESSION D'ORGANES. — *Appareil digestif.* — La compression peut porter sur une *portion intestinale*. C'est généralement sur le rectum. Il en résultera une constipation plus ou moins opiniâtre et, parfois même, des phénomènes d'*obstruction intestinale*. Le cas est très grave et, seule, l'intervention chirurgicale mettra fin à cet état des plus dangereux.

Appareil urinaire. — La compression vésicale et les tiraillements exercés sur la vessie provoqueront une *polakiurie*, pouvant parfois s'accompagner de *rétention passagère*. La rétention, avec possibilité de *cystite*, et la *dysurie*, résulteront généralement de phénomènes compressifs exercés sur l'urètre ou le col de la vessie.

Enfin, une grosse masse kystique pourra, par compression des uretères, amener des troubles dans le fonctionnement du filtre rénal. Nous aurons parfois de l'uronéphrose, de la pyonéphrose et, dans certains cas même,

l'anurie et la crise urémique viendront assombrir notre pronostic.

Autres appareils. — Dans les cas de gros kystes à évolution abdominale, le *foie* peut être comprimé; il en sera de même du *poumon*. La malade présentera alors une dyspnée, plus ou moins intense, pouvant aller jusqu'à la suffocation. *La gêne respiratoire amènera la gêne circulatoire*; le cœur luttera, s'hypertrophiera et une lésion cardiaque s'installera peu à peu.

B. COMPRESSIONS NERVEUSES ET VASCULAIRES. — Nous en avons déjà parlé dans la symptomatologie.

C. DÉPLACEMENTS D'ORGANES. — Les différents organes, situés dans la cavité abdominale, peuvent subir d'importants déplacements dus aux phénomènes de compression et aux tiraillements par adhérences.

L'*utérus* est généralement dévié sur la droite ou sur la gauche; il subit, le plus souvent, une ascension assez importante, ainsi que la vessie; mais on a vu le poids de la tumeur déterminer un *prolapsus*.

L'*intestin*, lui-même, peut sortir de l'abdomen et, chez une malade à paroi faible présentant un kyste assez volumineux, la hernie et l'éventration sont fréquentes.

D. TORSION PÉDICULAIRE. — Cette complication est fort rare, car le kyste inclus n'est généralement pas pédiculé. La douleur, l'hémorragie et la gangrène de la paroi kystique sont les principaux caractères de la torsion, à moins qu'elle se produise insidieusement.

E. SUPPURATION KYSTIQUE. — L'inflammation de l'utérus, de ses annexes ou des différents organes situés dans la

cavité abdominale peut en être le point de départ. L'infection se produit par propagation directe, par apport vasculaire ou par la voie lymphatique, grâce aux adhérences. Souvent les agents virulents fusent du rectum vers la tumeur. Dans d'autres cas, une ponction, pratiquée dans des conditions de propreté douteuse, sert de porte d'entrée à l'infection. On a même vu la suppuration survenir chez des malades atteintes de typhoïde, grippe ou pneumonie. Il en résultera des phénomènes d'infection grave avec des symptômes généraux, parfois intenses, pouvant entraîner la mort par péritonite à évolution rapide ou par septicémie. On cite aussi une forme chronique, à évolution lente, à type cachectique, rappelant plutôt la tuberculose ou une néoplasie. Cette complication infectieuse est, heureusement, très rare.

F. HÉMORRAGIE INTRA-KYSTIQUE. — Elle est, par contre, assez fréquente; car les causes pouvant la produire sont fort nombreuses. Il suffit, en effet, d'une ponction, d'un choc, d'une rupture de végétation, d'une torsion pédiculaire, d'une poussée congestive au moment des règles pour produire un épanchement sanguin dont l'abondance sera évidemment variable ainsi que la gravité. L'énucléation sera, ici, délicate; car la paroi est le plus souvent épaissie avec formation d'adhérences et avec une grosse néoformation vasculaire qui gênera au moment de l'intervention.

Une observation de Lawson-Tait datant de 1879, et que nous avons remarquée dans la thèse de Deniker, nous parut fort intéressante en ce sens que, sur la même malade, nous rencontrons une *torsion pédiculaire avec modification de la paroi et du contenu kystique*. Aussi nous permettons-nous de la publier:

OBSERVATION IV

Kyste tordu avec modification des parois et du kyste.

(Lawson-Tait, Lancet 1879, t. I, p. 915)

HISTOIRE CLINIQUE. — Madame E..., âgée de 43 ans, mé fut adressée, en mars 1879, par le docteur Tanworth. Elle était accouchée, pour la dernière fois, quatre ans auparavant et elle était bien réglée. Je reconnus l'existence d'une petite tumeur, qui, d'après mon diagnostic, devait être monokystique et probablement para-ovarienne. Je conseillais à la malade de ne se soumettre à aucune opération jusqu'à ce que la tumeur fut plus considérable.

Elle revient le 9 juin. La tumeur était considérablement augmentée et elle souffrait de douleurs abdominales intenses. Sa figure avait une expression anxieuse toute particulière et sa température montait à 39°, le soir. Je lui recommandais l'enlèvement de la tumeur.

OPÉRATION. — A l'ouverture du ventre, je trouvais un *kyste de couleur noirâtre, adhérent de toutes parts. Son contenu était absolument noir et les parois étaient noires, gangrénées et, par places, absolument putrides. Le pédicule était tordu trois ou quatre fois; au niveau du point où l'étranglement était à son maximum, il n'avait que l'épaisseur d'un crayon. Je liais immédiatement au-dessous de ce point. Après l'opération, la malade ne ressentit aucune douleur. Jamais la température ne monta au-dessus de 37°. Guérison parfaite.*

EXAMEN DE LA PIÈCE. — L'ovaire droit était compris dans la gangrène, mais il ne faisait pas corps avec la tumeur. La rotation s'était faite *de dedans en dehors* vers la droite.

Nous trouvant, en décembre 1917, dans le service du professeur Tédénat, nous avons pu suivre, jusqu'à sa sortie de l'hôpital, une malade porteuse d'un kyste inclus. La ponction ayant permis d'évacuer un liquide hématique (de cause inconnue du reste), nous croyons bien faire en plaçant ici l'observation de cette malade fort intéressante.

OBSERVATION V

Kyste inclus à contenu hématique.

Madame B. F..., 44 ans, mariée, entrée, le 23 décembre 1917, salle Paulet, n° 20.

Antécédents héréditaires. — Père, 74 ans. Hémiplegique gauche depuis un an. Jusqu'alors très bonne santé. Mère morte, il y a deux ans, asthmatique et paralysée.

Antécédents personnels. — A 18 ans, pleurésie gauche; réglée à 18 ans; durée 8 jours; mariée, 3 enfants: le premier à 30 ans (accouchement à terme et normal), enfant mort à six mois; le deuxième à 32 ans (accouchement normal et à terme), bonne santé, pas malade; le troisième à 34 ans (accouchement normal et à terme); des pertes blanches apparaissent; taches, de temps en temps, à la chemise.

HISTOIRE CLINIQUE. — La malade déclare qu'au cours du mois d'avril 1917, elle ressentit des douleurs dans la région lombaire gauche. Pendant juillet et août les règles disparurent, puis reparurent en septembre. Au début de décembre, quelques douleurs et légère grippe. A cette époque, elle constata une tumeur dans la fosse iliaque gauche, tumeur qui ne s'est pas accrue depuis.

EXAMEN. — Poumon normal, cœur normal, foie normal. Ventre augmenté de volume. A l'œil, on aperçoit une tu-

meur à gauche de la ligne médiane et se développant dans la fosse iliaque gauche.

Percussion. — Zone de matité qui occupe toute la fosse iliaque gauche jusqu'à la ligne médiane et remonte à quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Palper. — Tumeur dure, mais dépressible.

Toucher. — Le col est largement fendu transversalement. L'utérus est en antéversion. Le cul-de-sac latéral droit est libre. Dans le gauche, on perçoit une masse dure et il semble qu'on puisse, par la pression, mobiliser la tumeur que l'on sent se mouvoir sous la main placée sur l'abdomen. Cette pression est douloureuse.

Par le *toucher rectal*, on perçoit nettement la tumeur qui donne l'impression d'une poche liquide à parois tendues et occupant toute la cavité pelvienne du côté gauche. Il y a donc lieu de penser à un kyste intraligamentaire du côté gauche, occupant le petit et le grand bassin et s'étendant jusque dans le cul-de-sac de Douglas.

Intervention le 26 décembre 1917.

Incision médiane. On voit une tumeur recouverte par des fibres musculaires. On écarte avec le doigt ce plan musculaire constitué par le ligament large. On ponctionne (*un litre de liquide hématique*). On lie l'artère utéro-ovarienne, le kyste se décortique péniblement du flanc gauche de l'utérus auquel il adhère. Après quoi, on reconstitue le ligament large.

Dans l'angle tubo-ovarien : magma de matière blanc jaunâtre.

Suture de la paroi abdominale.

Réunion immédiate. Sortie le 25 janvier.

G. RUPTURE DE LA POCHE. — Elle est traumatique ou bien consécutive à une altération de la paroi. On en signale quel-

ques cas. Elle peut se produire, soit dans l'abdomen, soit dans le tissu cellulaire du ligament large. Le pronostic dépendra du contenu du kyste et sera des plus graves si le liquide est septique; une péritonite aiguë emportera alors généralement la malade.

Si la rupture se produit dans un cas de kyste papillaire, la poche pourra se retourner en doigt de gant; les végétations feront hernie à l'extérieur, se développeront, s'insinueront un peu partout, des adhérences se produiront entre elles et les tissus voisins; il en résultera des phénomènes de constriction, des tiraillements qui amèneront, soit un déplacement, soit une diminution de la vitalité des organes.

Souvent, consécutivement à la rupture ou à une ponction, de véritables greffes papillaires se produiront sur le péritoine. L'évolution de ces végétations aura, parfois, tendance à la malignité et des métastases seront à craindre. Il en sera de même pour les kystes mucoïdes dont l'ouverture, mettant en liberté les cellules épithéliales, amènera la production de greffes.

Nous avons pu assister à l'énucléation d'un kyste perforé par des néoformations papillaires intrakystiques. En voici l'observation que M. le professeur Tédénat a bien voulu nous donner :

OBSERVATION VI

Kyste du ligament large.

Contenu hématique dans le pelvis dû à des végétations ayant perforé le ligament large.

J. M..., 48 ans, célibataire. Entrée le 1^{er} décembre 1917, salle Paulet, n° 33.

Antécédents héréditaires. — Père, 79 ans; bonne santé. Mère, 82 ans; bonne santé.

Antécédents personnels. — Faible de constitution pen-

dant son enfance. Réglée à 13 ans, puis arrêt subit à 15 ans, pendant sept à huit mois. Pas constipée; souvent maux de tête.

Depuis juillet 1917, la malade s'est aperçue d'une augmentation de volume de son ventre. Elle n'est plus réglée depuis trois ans; pas de constipation; a maigri; quelques vagues douleurs dans le rein et l'abdomen.

EXAMEN. — Abdomen légèrement voussuré.

Toucher. — Col petit, pointu, dirigé vers le cul-de-sac gauche. On sent, dans tout le cul-de-sac postérieur, des nodules de la grosseur d'une noix ou d'une noisette. Le cul-de-sac latéral droit est occupé par une grosse masse lobulée, dure.

Par le *palper combiné*, on sent une grosse masse arrondie, difficile à limiter, s'étendant jusqu'à quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilie.

Intervention le 4 décembre 1917.

Ether goutte à goutte. Incision longitudinale. *A l'ouverture du péritoine, émission de liquide ascitique de couleur noirâtre (café au lait).*

Gros kyste, du volume d'une tête d'adulte, rempli du même liquide. Le ligament large est décollé, l'artère utérine liée et on décortique la tumeur dont *la paroi, à la partie inférieure, a été perforée par des végétations qui forment une masse du volume d'un œuf de poule.* Hémorragie minime. Ligatures de la trompe, du ligament rond, des petits vaisseaux du ligament large. Suture. Malade sortie guérie le 22 décembre 1917.

Enfin, on a pu observer des cas de *dégénérescence cancéreuse* chez des malades atteints de kyste inclus. Nous ne nous étendrons pas sur cette question dont la gravité éloigne toute chance de guérison.

MARCHE ET PRONOSTIC

La maladie évolue ordinairement avec lenteur, surtout dans les cas de kystes du para-ovaire. A moins qu'une complication vienne aggraver le pronostic, le bon état général se conserve.

Un kyste venant de l'ovaire aurait une marche plus rapide.

Quant aux kystes papillaires, ils auraient une évolution variable, mais tendant plutôt vers la malignité.

M. Tédénat cite, dans le *Montpellier médical* de 1894, le cas d'une femme dont le kyste se serait accru en un mois; par contre, Julia Wykowska-Dunin opéra une femme ayant porté un kyste papillaire pendant vingt-trois ans. Il nous faut aussi songer à la possibilité d'une récurrence et à certains troubles post-opératoires. C'est ainsi que nous citerons un cas d'*abaissement et rétrodéviation utérine après ablation d'un kyste inclus*, dont M. le docteur Gilis, de Nîmes, a bien voulu nous autoriser à publier l'observation :

OBSERVATION VII

Kyste inclus du ligament large. Ablation de la tumeur. Abaissement et rétrodéviation utérine après l'intervention.

Madame X..., 27 ans, mariée, examinée le 14 novembre 1896 et opérée, le 10 décembre 1896, par le docteur Gilis, de Nîmes.

Antécédents héréditaires. — Père mort, à 52 ans, suite d'accident; mère, âgée de 53 ans, se porte bien; deux frères, dont l'un est rhumatisant et l'autre en bonne santé; sœur anémique.

Antécédents personnels. — Madame X... n'a jamais eu de maladie sérieuse; une angine en 1894. Elle a eu une fille, il y a cinq ans, qui est morte à l'âge de deux mois. Après l'accouchement, elle a gardé le lit pendant dix jours.

DÉBUT. — C'est quelques temps après son accouchement qu'elle commença à souffrir des reins. On la soigna pendant quatre ans à Alais, où elle habitait alors, et on constata une métrite. Jusqu'en 1893, elle ne cesse de maigrir. Elle évalue son amaigrissement à 10 kilos environ. Depuis cette époque, elle a repris un peu, mais lentement; car elle souffre toujours des reins et du ventre.

Agée de 27 ans, de taille ordinaire, elle est pâle de figure et de corpulence moyenne. Rien à signaler du côté du poudmon, ni du côté du tube digestif. En montant les escaliers, elle est assez essoufflée, mais son cœur est normal. Les règles sont régulières, durent trois jours en moyenne, mais sont douloureuses. Elle urine souvent, mais les mictions ne sont pas douloureuses.

En marchant ou dans la station debout, elle éprouve une sensation de pesanteur. Le ventre est endolori, mais il n'y a pas de très vives douleurs. Elle se plaint également des reins et cet état de souffrance est presque continu. Le ventre n'est pas gros et ce n'est que l'examen combiné du toucher et du palper qui donne les renseignements suivants:

On trouve la région de l'ovaire droit occupée par une grosseur du volume d'une orange. Les symptômes douloureux sont signalés par la malade plutôt à gauche et, cependant, la tumeur est à droite. L'utérus est rejeté sur le côté gauche; le fond, en haut et à gauche. Le côté droit est oc-

cupé par une tumeur arrondie, régulière, lisse, rénitente, non douloureuse à la palpation. Elle ne rappelle en rien l'annexite, elle n'a pas la consistance du fibrome. On pense de suite à un kyste et, par sa position, son immobilité relative et son enclavement dans le bassin, on est amené à porter le diagnostic de kyste inclus dans le ligament large droit.

La malade est réexaminée les 20, 25 novembre et 4 décembre. L'opération est décidée. Elle est faite, le 10 décembre 1896, par M. le docteur Gilis, assisté de trois de ses confrères.

L'anesthésie est faite au chloroforme et la malade est placée dans la position inclinée. L'ouverture du ventre ne présente rien de particulier. On aperçoit facilement la gros-seur qui fait saillie à droite. L'intestin est refoulé et main-tenu par des compresses stérilisées; une grande valve, pla-cée à droite et maintenue par un aide, permet de voir la tumeur qui a à peu près la grosseur d'une orange. Le liga-ment large est incisé et le décollement du kyste se fait assez facilement; il est enlevé en entier. (Le kyste a été conservé par le mari dans un bocal avec de l'alcool pendant plu-sieurs années.) La plaie saigne peu. Suture du ligament large. La paroi abdominale est suturée, pas de drainage. Suites normales; tout va bien pendant quelques temps.

Cinq ou six mois après, la malade se plaint de pesan-teur dans le bas-ventre et dans les reins et, à un nouvel examen, pratiqué en 1895 par le docteur Gilis, on constate un abaissement et une rétroversion utérine qui nécessitent l'emploi de pessaire.

Quelques soulagements, mais si la malade passe certai-nes périodes sans souffrance, ces malaises reviennent à la suite d'une marche un peu longue ou au moment des règles.

En présence de cet état de malaise, qui revient de temps

à autre, la malade voit à Montpellier M. le professeur Tédénat, qui constate également l'abaissement et la rétro-déviatiôn et qui conseille une intervention, mais la malade refuse toute opération.

En résumé, cette observation présente deux points intéressants à signaler :

1° La possibilité de l'ablation complète d'un kyste inclus dans le ligament large ;

2° Le changement de position de l'utérus, qui était en haut et à gauche avant l'opération et qui, six mois après, était abaissé et rétrodévié.

Certains auteurs, comme Kœberlé, Lawson-Tait, Castaneda y Triena, ont considéré les kystes inclus comme étant d'un pronostic *bénin*.

Nous nous permettrons d'en douter, car les phénomènes de compression, la malignité des kystes papillaires, leur récidiye facile, leur rupture possible, ainsi que toutes les complications sur lesquelles nous croyons nous être suffisamment étendus, ne pourront que compromettre l'état de notre malade, à moins qu'une intervention précoce vienne arrêter la tumeur dans sa marche progressive.

TRAITEMENT

La *ponction* était, jadis, l'unique traitement chirurgical des kystes de l'ovaire, quelle qu'en fut la nature. Même pratiquée avec une sévère antisepsie, qui est de rigueur, la ponction n'était pas sans danger : le trocart pouvait atteindre une anse intestinale adhérente et vide de gaz ; il pouvait léser un sinus veineux et déterminer une grave hémorragie. Dans un cas cité par M. Tédénat, le trocart amena, dans la paroi abdominale, les éléments épithéliaux d'un kyste papillaire. Cette greffe détermina, après quelques mois, un tractus néoplasique, sorte de gros clou dont la tête aplatie, large de deux centimètres, s'étalait dans le tissu sous-cutané. On conçoit ainsi que des bourgeons papillomateux puissent faire hernie à travers l'orifice créé par le trocart sur la paroi kystique et gazonner plus ou moins loin sur le péritoine.

Une ascite prochaine sera la conséquence de cet accident et elle nécessitera des ponctions plus ou moins fréquentes pour l'évacuation du liquide ascitique rapidement reproduit.

Il faut pourtant ne pas oublier que, lorsqu'on a diagnostiqué de façon positive la situation intraligamentaire d'un kyste et que des raisons puissantes, tirées de l'état général de la malade, déposent contre une laparotomie, la ponction peut donner des résultats heureux. Elle peut donner

une guérison définitive ; plus souvent une récidive, quelquefois tardive et ne se faisant qu'après plusieurs années. Voici, du reste, l'observation d'une malade ayant été ponctionnée quatre fois, avec des intervalles allant jusqu'à dix ans qu'elle a heureusement employés à mener trois grossesses à leur terme.

OBSERVATION VIII

(Service du Professeur Tédénat)

Enorme kyste monoloculaire inclus dans le mésocolon droit.
Enucléation après quatre ponctions.

Madame X..., entrée, en mars 1911, dans le service du professeur Tédénat.

Antécédents héréditaires. — Néant.

Antécédents personnels. — Néant.

MALADIE ACTUELLE. — Accouchement à 18 ans. Le ventre grossit peu après l'accouchement. *A vingt-neuf ans, ponction à droite de la ligne médiane : 14 litres de liquide citrin. Pendant dix ans, le ventre ne grossit pas.* Ce temps est employé à deux avortements à deux et trois mois et un mort-né à huit mois ; trois accouchements normaux avec enfants bien portants et suites de couches sans incidents. *A 42 ans, le ventre augmente peu à peu de volume. A 44 ans, ponction donnant 14 litres de liquide un peu plus foncé. A 46, ponction de 15 litres ; à 48, ponction de 16 litres.* Le ventre, ayant rapidement grossi depuis six mois, la malade entre dans le service de M. Tédénat, le 3 mars 1911.

Les règles, établies à 14 ans, étaient régulières pendant trois ou quatre jours. Pas de pertes blanches. Elles ont complètement cessé depuis quinze mois. La malade ne souffre pas, digère bien ; elle a maigri beaucoup depuis deux

ans. Le volume énorme de son ventre la gêne. Le kyste dépasse l'horizontale de l'ombilic de six travers de doigt, remplit le flanc droit et laisse, en partie libre, le flanc gauche. Une chiquenaude donne le flot. La tumeur est lisse, sans aucune saillie irrégulière. Mictions fréquentes. Utérus refoulé à gauche.

Le 16 mars 1911, intervention. Ether goutte à goutte. Incision médiane sous-ombilicale. Le kyste a, en avant de lui, la fin de l'iléon et le cæcum. Il soulève le ligament large dont on voit les fibres hypertrophiées et tendues. Incision du ligament large. Décortication de la poche kystique, après évacuation de 16 litres de liquide clair. En beaucoup de points, surtout vers la droite du kyste, probablement du fait des ponctions antérieures, il faut sectionner des adhérences dures et épaisses. L'opération est, du fait des adhérences, assez pénible, mais sans incident. Deux ligatures d'artères à la partie postéro-interne; uretère vu sain à ce niveau; pas d'hémorragie vraie.

Suites opératoires très simples et sans incidents. Agrafes enlevées le dixième jour (26 mars). Réunion parfaite. L'opérée sort en parfaite santé le 3 avril.

EXAMEN DU KYSTE. — *17 litres d'eau dans la poche.* — La ponction, au cours de l'opération, n'avait donné que 16 litres de liquide brun clair, légèrement visqueux.

La faible tension du liquide dans le kyste explique le flot à grandes ondes produit par la moindre chiquenaude.

Le sac kystique était régulièrement épais de 3 à 4 millimètres suivant les points. Face interne lisse, sans traces de cloison. Un petit nombre de papilles peu développées, quelques-unes calcifiées sur une surface de 5 ou 6 centimètres et à la partie inféro-interne de la poche kystique. La trompe était située sur la partie inférieure et antérieure du kyste. Elle était allongée (28 centimètres).

Ces restrictions faites, on doit affirmer qu'à l'heure actuelle, l'*ovariotomie* est le traitement régulier des kystes inclus dans les ligaments larges. L'opération est habituellement plus pénible que dans le cas des kystes pédiculés intrapéritonéaux, mais un chirurgien, connaissant bien les diverses causes de difficulté et de danger dans l'excision des kystes inclus, arrivera à se tirer d'affaire.

Il n'est pas permis, sauf très rare exception, de suivre le conseil de Terrillon : « *Quand vous constatez l'inclusion, arrêtez-vous et recousez le ventre* ».

L'incision de la paroi abdominale étant faite médiane et sous-ombilicale, le liquide ascitique souvent abondant étant évacué, *il faut reconnaître l'inclusion*, afin de ne pas créer des déchirures du ligament large et des plexus veineux, souvent très développés, qui accompagnent les artères ovarienne et utérine. Il en résulterait une perte de sang, parfois dangereuse, toujours gênante pour les manœuvres opératoires.

On reconnaît l'inclusion aux caractères que nous avons décrits. Plusieurs modalités se présentent. Nous allons les examiner en allant des cas simples aux cas difficiles.

1° L'INCLUSION DU KYSTE EST LIMITÉE AU MÉSO-SALPINX ET NE S'EST PAS INSINUÉE PROFONDÉMENT DANS LE LIGAMENT LARGE.

En ce cas, les vaisseaux ovariens occupent la partie profonde en arrière du kyste et ne créent ni danger, ni difficulté. S'il n'y a pas d'adhérences, si le kyste est peu volumineux, s'il occupe la partie externe du méso sous le pavillon, on l'attire en avant; un pédicule se forme qu'on transfixe, qu'on lie, qu'on sectionne entre deux ligatures. S'il est plus volumineux et si la pédiculisation se fait mal, on fera une ponction, toujours en évitant que le contenu se déverse dans la cavité péritonéale.

2° SI LE KYSTE OCCUPE LA PARTIE INTERNE DU LIGAMENT LARGE TOUT EN Y PÉNÉTRANT PEU PROFONDÉMENT, on fera une incision transversale plus ou moins parallèle à la trompe et habituellement, en arrière d'elle. Cette incision sera faite avec prudence pour mettre le kyste à nu sans l'ouvrir. Les deux lèvres du ligament seront saisies avec des pinces à plateau et, *avec le doigt, on décollera les deux lèvres* en appuyant sur le kyste, de façon à ne pas déchirer le ligament. Souvent le décollement se fait rapidement, avec un suintement sanguin minime, sans qu'on ait à sectionner aux ciseaux ou au bistouri aucun important tractus d'adhérences. S'il y a quelques tractus larges, on les coupera entre deux ligatures ou entre deux pinces. Les ligatures sont généralement préférables, parce qu'elles n'encombrent pas le champ opératoire. A mesure que l'on approche de la partie profonde, on redoublera d'attention. Souvent toute la poche viendra sans qu'on ait vu ni gros vaisseaux, ni uretère et sans qu'on ait eu à lier de vrai pédicule.

En général, il faut conserver le kyste intact, la tension de sa paroi rendant le développement plus facile. Elle dirige en quelque sorte le doigt dans le décollement. *Si la poche est volumineuse, on l'évacue partiellement*, lui conservant une tension suffisante pour fournir au doigt décolleur un appui-guide.

La cavité superficielle, en ce cas, sera examinée. Si quelques points saignent, des ligatures seront appliquées, quelques points de suture au catgut reconstitueront les ligaments larges, sans drainage.

3° QUAND LE KYSTE PÉNÈTRE PLUS PROFONDÉMENT, SANS S'INSINUER TROP EN AVANT OU EN ARRIÈRE, la trompe et les vaisseaux ovariens sont plaqués à sa surface supéro-postérieure. Les veines dilatées, parfois éparpillées, gênent. Il faut lier les vaisseaux, s'attendre, pendant le décollement,

à trouver l'artère utérine à la partie interne de la poche kystique. On doit toujours tenir le doigt décolleur au contact du kyste, qui a l'uretère à sa face profonde. Lier soigneusement les vaisseaux.

On est surpris par la façon dont la cavité intraligamenteuse logeant un gros kyste revient sur elle-même. Quelques peu profonds points de suture suffisent pour la fermer entièrement sans qu'il soit nécessaire de drainer. Le cas échéant, on ferait une suture continue au catgut, à deux lignes étagées de la profondeur à la surface. Veiller à ne pas léser, avec l'aiguille, les vaisseaux utérins ou l'uretère.

4° QUAND LE KYSTE, DÉCOLLANT LA BASE DU LIGAMENT LARGE, S'EST MIS AU CONTACT DE LA VESSIE ET S'EST PLACÉ ENTRE LE PÉRITOINE DE LA PAROI ABDOMINALE ANTÉRIEURE DÉCOLLÉ ET LE FASCIA TRANSVERSALIS, l'intervention est difficile. Un principe doit toujours guider l'opérateur: se tenir contre le kyste, le décoller du fascia et de la vessie, faire les incisions nécessaires, toujours au contact de la paroi kystique.

Il en est de même quand le KYSTE, DÉCOLLANT LE PÉRITOINE POSTÉRIEUR, S'EST MIS AU CONTACT DU GROS INTESTIN ET DES VAISSEAUX ILIAQUES. Nous renvoyons pour la technique à l'observation III.

5° Connaissant la BILATÉRALITÉ fréquente des kystes inclus dans le ligament large, surtout des kystes papillaires, il faudra toujours examiner l'autre ovaire et l'enlever s'il est lésé. Au cas où il est sain, on doit le conserver pour deux raisons:

a) *Il lui reste de 25 à 30 p. 100 de chances de n'être jamais envahi;*

b) *Il peut l'être seulement au bout de plusieurs années, au cours desquelles la malade, si elle est jeune, peut devenir mère.* M. Tédénat nous a cité deux faits de ce genre.

Dans certains cas de *kystes bilatéraux inclus*, à grosses masses papillomateuses disséminées, l'ABLATION DE L'UTÉRUS ET DES OVAIRES donne les meilleures chances de guérison opératoire et de guérison durable.

La technique opératoire variera suivant la disposition des tumeurs. Le plus souvent, la technique de Kelly-Secund sera la meilleure. L'excision totale (utérus et annexes) permettra, généralement, d'enlever les kystes que jadis on drainait après les avoir suturés à la paroi antérieure. Mais il faut considérer l'opération comme grave, surtout étant donné l'état précaire des malades.

OBSERVATIONS

OBSERVATION IX

Kyste inclus dans le ligament large. Végétations dont certaines calcifiées.

(Service de M. le Professeur Tédénat)

Madame F. A..., 33 ans, entrée le 16 juillet 1894.

Antécédents héréditaires. — Néant.

Antécédents personnels. — Rhumatismes à plusieurs reprises; pleurésie en 1892. Régée à 17 ans, menstruation indolore, durant trois jours, pas de caillots, pas de pertes blanches. Mariée à 21 ans. Peut-être une fausse couche, il y a six ans, époque où la malade perd en rouge pendant deux mois.

HISTOIRE CLINIQUE. — Il y a deux ans, coliques intenses; fièvre légère et, en même temps, la malade constate qu'il existe une tumeur dans le ventre. Application de cataplasmes chauds; lavements amenant des selles abondantes. La tumeur diminue beaucoup sinon complètement, au dire de la malade. Depuis lors, menstruation un peu douloureuse. Il y a six mois, les règles durèrent trois jours et le ventre augmenta de volume.

Depuis quelques jours: douleurs dans les reins et le ventre; manque d'appétit; constipation habituelle; urine quatre ou cinq fois la nuit, cinq ou six fois le jour, en tout 700 grammes par vingt-quatre heures.

EXAMEN. — Ventre globuleux, tumeur du volume d'une tête d'adulte, remonte jusqu'à l'ombilic qu'elle dépasse un peu à gauche. L'utérus est en latéroversion droite. Le col est étroit.

Dans le cul-de-sac postérieur, on sent bien la tumeur qui occupe surtout la moitié gauche du ventre.

20 juillet, *Laparotomie*. — On tombe sur un kyste inclus qu'on enlève très rapidement, après incision et décollement du ligament large. Evacuation de deux litres de liquide citrin.

La malade sort, le 15 août 1894, complètement remise.

• EXAMEN DE LA POCHE. — La poche contenait un îlot de végétations dures, *quelques-unes calcifiées*.

OBSERVATION X

Kyste multiloculaire du ligament large gauche. *Laparotomie*. Décortication.

(Service de M. le Professeur Tédénat)

Madame C. N..., 57 ans, mariée, entre, le 27 décembre 1911, salle Paulet, pour pertes rouges et tumeur abdominale.

Antécédents héréditaires. — Père mort, alcoolique, à 60 ans; mère morte à 78 ans; deux frères: l'un mort, à 38 ans, d'affection hépatique; l'autre, à 46 ans, tuberculeux.

Antécédents personnels. — Santé générale bonne, malgré quelques excès de boisson. Il y a dix ans, fracture ouverte des malléoles nécessitant anesthésie pour aseptie et réduction; bonne guérison, sans ankylose, malgré cinq jours de manie aiguë (soignée dans le service du professeur Tédénat). Réglée de 15 à 44 ans, régulièrement, pendant trois jours; pas de grossesse.

HISTOIRE DE LA MALADIE. — Depuis dix mois, petit écoulement sanguin avec petits caillots et presque continu. En même temps, le ventre grossissait progressivement, avec des douleurs souvent très violentes, surtout dans le côté gauche du ventre, irradiant parfois dans la cuisse gauche.

INSPECTION ET PALPATION. — Ventre gros, bien plus du côté gauche, où on sent une tumeur remplissant la fosse iliaque et remontant jusqu'à la dixième cote. La tumeur, dure, avec quelques bosselures, dépasse, dans la région sous-ombilicale, la ligne médiane de trois à quatre travers de doigt suivant les points. La pression est très douloureuse un peu au-dessus de l'arcade crurale.

L'exploration combinée montre : cul-de-sac antérolatéral droit libre ; cul-de-sac latéral gauche refoulé par une tumeur bosselée, de consistance molle ou dure suivant les points. La tumeur jouit d'une certaine mobilité, de bas en haut, mais son refoulement, même fait sans violence, est très douloureux. Utérus petit, rejeté à droite et en avant. On ne peut atteindre les annexes droites.

Etat général satisfaisant.

Constipation. Urine varie de 800 à 1.000 ; l'urée, de 7 à 10 grammes ; traces d'albumine. La malade prend, tous les jours, un lavement à garder de 300 grammes, matin et soir. Après huit jours, l'urine monte à 1.500 grammes, l'urée à 16 grammes, l'albumine disparaît ; l'état général s'améliore.

10 janvier, opération. — Anesthésie, laparotomie ; décortication du kyste inclus dans le ligament large gauche. La trompe, longue de 15 centimètres, passe en sautoir sur la partie moyenne de la face antérieure de la tumeur. Ligature de l'artère utérine. Uretère vu et respecté. Ablation

des annexes du côté droit. Réunion par première intention. La malade sortit du service le 15 février.

EXAMEN DU KYSTE. — Kyste pauciloculaire. Une grande poche contenait deux litres de liquide brun, très visqueux. Deux autres loges contenaient un demi-litre de liquide jaune clair. La partie profonde était formée par une masse aréolaire du volume de deux poings.

OBSERVATION XI

(Recueillie dans le service de M. le Professeur Tédénat)

Madame A. L..., 32 ans, ménagère, entrée, le 11 avril 1918, salle Paulet, n° 32.

Antécédents héréditaires. — Néant.

Antécédents personnels. — Néant.

Réglée à 11 ans, six à huit jours, sans caillots; règles non douloureuses; jamais de pertes blanches. Mariée à 16 ans. Accouchement normal; abcès du sein huit jours après; n'a pas nourri. Enfant mort, à huit mois, de convulsions.

MALADIE ACTUELLE. — Il y a un an environ, après avoir eu des règles normales, la malade perd de nouveau dix jours plus tard; hémorragie assez abondante, sans caillots. Depuis, règles toujours irrégulières (tous les dix ou douze jours, hémorragies durant quatre à cinq jours, jamais de caillots). *Nulle douleur abdominale ou lombaire.* La malade s'est soignée par des injections chaudes, de la Jouvence et toniques divers.

A vu un médecin, à Arles, en été, qui lui fait continuer ce traitement, et ce n'est qu'en avril 1918 qu'elle consulte le professeur Tédénat. Hospitalisation immédiate.

ÉTAT GÉNÉRAL. — A maigri, en un an, de 15 livres.

Teint pâle; mange et digère bien; maux de tête; quelques cauchemars; varices des membres inférieurs.

EXAMEN LOCAL. — L'exploration clinique permet de constater que le corps utérin semble porter, à sa partie postéro-externe, une tumeur dure, du volume de deux poings et qui lui est *solidement annexée*. L'exploration complète de l'utérus et de cette tumeur se fait, sans douleur, même quand on explore avec un peu de violence. Pas de tumeur du côté gauche; pas de douleur.

15 avril 1918, *opération*. — Anesthésie à l'éther. Laparotomie médiane sous-ombilicale. On voit, sous le ligament large, une tumeur; c'est un kyste qu'on décortique péniblement, car il adhère profondément. L'uretère est mis à nu sans le léser. Ligature de l'utérine, reconstitution du ligament large.

A gauche, trompe augmentée de volume; ovaire adhérent; on enlève et on reconstitue là aussi les plans séromusculaires du ligament large.

Suites normales. Quitte l'hôpital, le 10 mai, bien guérie.

OBSERVATION XII

Kyste inclus dans le ligament large droit.

(Service de M. le Professeur Tédénat)

Madame P. E..., âgée de 66 ans, entrée, le 27 septembre 1918, salle Paulet, n° 23.

Antécédents héréditaires. — Père mort, à 26 ans, d'une pleurésie. Mère en vie.

Antécédents personnels. — Sciatique droite depuis 25 ans.

Réglée à 14 ans, menstruation irrégulière, à pertes abondantes, accompagnées de caillots. Dernières règles à 49 ans. Depuis lors, pertes blanches.

Mariée à 16 ans. Première grossesse à 18 ans. Deux fausses couches, un enfant. Il y a quinze ans, la malade s'est aperçue que son ventre *augmentait de volume*. Depuis un an, cet accroissement est devenu plus rapide. Elle éprouve une *sensation de pesanteur dans le bas-ventre*. Depuis 20 ans, *constipation opiniâtre*. Elle urine souvent et chaque fois *peu*. Appétit capricieux; pesanteur au creux épigastrique; après le repas, des renvois et quelquefois des aigreurs.

EXAMEN. — Langue sèche, rôtie. L'abdomen est *considérablement augmenté de volume*; cette augmentation correspond à celle d'une femme à terme. On voit, dans la paroi abdominale, se dessiner trois saillies globuleuses.

A la *palpation*, on trouve une tumeur lisse, *fluctuante*, et remontant, à gauche, jusqu'à deux travers de doigt audessous du rebord costal. Cette tumeur semble être constituée par trois poches.

A la *percussion*: matité dans toute l'étendue de la tumeur; résonnance tympanique dans les flancs.

Le *toucher vaginal* découvre le col utérin *derrière le pubis*, l'utérus est *dévié à droite*. La *tumeur est vide*. Les *culs-de-sac postérieur et gauche tombent*.

On conclut à un kyste para-ovarien inclus dans le ligament large.

INTERVENTION. — 1^{er} octobre 1918. Anesthésie à l'éther, incision médiane. On relève l'épiploon non adhérent et on voit la surface rouge fasciculée du kyste. On incise sur le milieu, on décortique de chaque côté, mais surtout du côté droit où s'était développé le kyste. On avait fait, au préalable, une ponction au trocart qui avait donné cinq à six litres de liquide noirâtre, poisseux. La décortication est pénible dans la partie profonde. On lie cinq ou six petits vaisseaux et peut-être aussi l'artère utérine. Cela fait, on

capitonne le ligament large et on excise la partie supérieure qui est de trop. Après quoi, on referme, sans drainage, la paroi abdominale. Nous insistons sur la décortication totale qui a été lente et pénible.

Le 8 novembre, la malade sort guérie.

CONCLUSIONS

I. La question de l'inclusion kystique intraligamentaire n'est pas encore au point et, malgré les quelques mémoires écrits sur un sujet aussi délicat et important, il serait à souhaiter que des praticiens autorisés viennent apporter, à cette étude, l'appui d'une autorité compétente.

II. Parmi les kystes de l'ovaire et du para-ovaire inclus, ceux à *néoformation papillaire* présentent un *très grand intérêt* et constituent la majorité des cas.

III. Pas de symptômes pathognomoniques. Tout au plus, pouvons-nous citer : *l'asymétrie abdominale*, les *troubles de compression récents*, le *refoulement de l'utérus*, la *sailie de la tumeur dans un cul-de-sac*, l'*immobilisation avec enclavement*, une *légère fluctuation*. Rien de bien précis au point de vue fonctionnel.

IV. Ces quelques symptômes faciliteront le diagnostic. Il faudra éviter de confondre un kyste inclus de l'ovaire ou du para-ovaire avec un *kyste ordinaire de l'ovaire*, un *fibrome*, une *grossesse normale ou extra-utérine*, une *ascite*, une *tumeur rénale*, etc.

V. Les complications sont nombreuses. Certaines sont graves : *compression d'organes*, *de vaisseaux*, *déplacements*

d'organes, suppuration, hémorragie intrakystique, rupture de la poche, etc. Aussi surveillerons-nous très attentivement notre malade.

VI. Le pronostic dépendra beaucoup des complications, de l'état général et de la variété du kyste. Les kystes papillaires sont généralement malins (craindre perforation de paroi, greffes et métastases).

VII. Abandonnons la ponction. Les seules interventions efficaces sont : l'*énucléation* ou l'*hystérectomie* au cas où des adhérences trop volumineuses ou la bilatéralité de la tumeur viendraient empêcher la décortication avec énucléation.

La question des kystes de l'ovaire et du para-ovaire inclus dans les ligaments larges présente donc un très grand intérêt. Le diagnostic est délicat, le pronostic est sévère, l'ablation de la tumeur pourra seule donner un résultat appréciable, à moins que l'état général de la malade ne permette pas une intervention chirurgicale de cette importance.

BIBLIOGRAPHIE

- AMPT. — Zur histologie des Parovariums und der cysten des lig. lat. Centralblatt für Gyn., 1895.
- APOSTOLAKIS. — Quelques considérations sur les kystes prolifères papillaires de l'ovaire. Thèse Montpellier, 1898.
- CASTANEDA Y TRIENA. — Thèse Paris, 1882.
- CAZENAVE. — Des tumeurs papillaires de l'ovaire avec métastases péritonéales. Thèse Paris, 1895.
- DEBIÈVRE. — Sur les canaux de Gärtner. Comptes rendus de la Société de biologie, mai 1905. •
- DEMONS. — Rupture des kystes ovariens. Sem. gyn., Paris, juin 1896.
- DENIKER. — Quelques points de l'étude clinique des tumeurs des ligaments larges. Thèse Paris, 1910.
- ELSTOR et PUECH. — Résultats du traitem. chir. du cancer des ovaires (tumeurs végétantes). Montp. méd., 1901.
- FOLLIN. — Thèse Paris, 1850.
- FORGUE et MASSABUAU. — Gynécologie.
- FRÄNKEL. — De la malignité des tumeurs ovariennes papillaires. Deutsch. Med. Woch., 1891.
- GILIS. — Kystes papillaires de l'ovaire. Gazette des hôpitaux, Toulouse, 1895.
- Précis d'embryologie, 1891.

- GUELLIOT. — Kysté inclus du lig. large. Session médicale du Nord-Est, Reims, 1893.
- HARTMANN. — Kystes dermoïdes du lig. large. Progrès médical., Paris, 1884.
- HERRERA-VEGAS. — Thèse Paris, 1864.
- KIEDER. — Über die Gärtner'schen Canal beim menschlichen Weibe. Winch's Arch., Bd., 96-s, 160, 1884.
- KLEIN (G.). — Cyste des rechten Wolff'schen Ganges. Zeitschrift für Geburtshülfe und Gyn., 1890.
- KOEBERLÉ. — Des kystes para-ovariques. Gaz. méd. de Strasburg, 1896.
- LANNELONGUE. — Kyste du para-ovaire. Leçons chir., 1888.
- LAROCHE. — Thèse Paris, 1896.
- LASSALLE. — Des tumeurs incluses des lig. larges. Thèse Montpellier, 1891.
- LEGUEN. — Kyste wolffien du lig. large. Ann. gyn., fév. 1896.
- MANGIN. — Aperçu de l'étude des kystes para-ovar. à propos d'un kyste séreux des lig. larg. Nouv. Arch. d'obstétriq. et de gynéc., 1888.
- MEDNICAROFF. — Des kystes papill. de l'ovaire. Thèse Montpellier, 1905.
- MONTPROFIT. — Kyste du lig. large. Bul. Soc. de méd. d'Angers, 1884.
- MOURET. — Kyste para-ovarien suppuré. Rev. gyn., Paris, 1895.
- NEDKOW. — Contribut. à l'étude des kystes wolffiens, des organes génitaux et de leurs annexes chez la femme. Thèse Montpellier, 1897.
- PÉAN. — Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin, 1895.

- PILLIET. — Les débris du corps de Wolff et leur rôle dans la pathogénie des tumeurs. Tribune médicale, n^{os} 2 et 3.
- POPOFF. — Zur Morphologie der Tuben und des Parovarium beim Menschen, während des intra und extra-peritonealen. Lebens bis zur Pubertat. Arch. Gynec., Bd. II, 1893.
- POISSON. — Tumeur mixte du lig. large. Bull. Soc. an. de Nantes, 1888.
- POULET et BOUSQUET. — Traité de chirurgie, tome IV.
- POZZI. — Traité gynécologie.
- RAIMONDI. — Kystes du lig. large. Thèse Paris, 1896.
- RENDU. — Kystes du lig. large. Lyon médical, 1893.
- REYNIER (Paul). — De la fausse inclusion de certains kystes dans le lig. large. Sem. gyn., 1896.
- RIOMS. — Thèse Bordeaux, 1906.
- SÉBILEAU. — Des tumeurs incluses dans les lig. larges.
- SIKORA. — Presse médic., août 1905.
- SOULIGOUX et PILLET. — Kystes du lig. large et du canal de Gærtner. Bull. Soc. an., 1894.
- STROHOKER. — Thèse, 1902.
- Les fibromes des lig. larges. Ann. gyn., 1905.
- TÉDENAT. — Des kystes papillaires de l'ovaire. Montpell. méd., 1901.
- TERRILLON. — Note sur les kystes para-ov. et leur traitement. Annales gynéc., Paris, 1885 et 1886.
- Structure et pronostic des kystes para-ovariens. Annales gyn., Paris, 1888.
- TESTUT. — Anatomie humaine.
- TILLAUX. — Diagnostic des kystes de l'ov. et du para-ov. Annales gynécol. et obst., Paris, 1893.

VAUTRIN, BOHMER et GROSS. — Pathologie et clinique chirurgicale.

VILLARD. — Kystes du lig. large, torsion, ablat. par voie vaginale. Sem. gyn., 1905.

VILLENEUVE. — Kyste suppuré du lig. large. Annales de l'Ecole de méd. et pharmacie de Marseille, 1892.

WANHENVERNSWYN. — Kyste de l'ovaire simulant un kyste para-ov. Journal de Société méd. de Lille, 1893.

Vu et permis d'imprimer.
Montpellier, le 8 mai 1919.

Le Recteur,
BENOIST

Vu et approuvé,
Montpellier, le 8 mai 1919

Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
